



## Современная Интерпретация Анатомических Различий Печени, Желчного Пузыря И Желчных Ходов У Детей Разных Возрастных Групп

1. Бахтиярова Азиза

Максудбековна

2. Машарипова Хулкар Кабуловна

Received 2<sup>nd</sup> Aug 2023,

Accepted 19<sup>th</sup> Aug 2023,

Online 4<sup>th</sup> Sep 2023

<sup>1</sup> Студентка, Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, ул. Аль-Хорезмий, 28, г. Ургенч, Узбекистан

<sup>2</sup> Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, ул. Аль-Хорезмий, 28, г. Ургенч, Узбекистан

**Абстрактный:** В обзоре проводится анализ данных зарубежной и отечественной литературы по вопросам врожденных и приобретенных аномалий желчевыводящей системы. Дано описание наиболее часто встречаемых вариантов строения внепеченочных желчных путей и желчного пузыря. Все изученные варианты развития характеризуются и классифицируются на основании результатов современных методов инструментальных исследований без их сопоставления с результатами морфологических и морфометрических исследований.

**Ключевые слова:** аномалии, желчные протоки, желчный пузырь, печеночный канал.

Одной из актуальных проблем современной медицины является относительно высокая частота заболеваний органов пищеварения у человека. Причем значительный процент этой патологии приходится на аномалии панкреатобилиарной системы. Эти аномалии представляют собой врожденные дефекты и пороки развития с нарушением дренажной функции желчевыводящих путей с прогрессированием специфической симптоматики и патологии. И в тоже время до сих пор отсутствует общепризнанная классификация и номенклатура вариантов и аномалий развития органов желчевыводящей системы. Так, одни авторы считают, что все изменения желчевыводящих путей (от небольших отклонений до уродств, несовместимых с жизнью) являются аномалиями. По мнению других, к аномалиям следует относить только дефекты и пороки развития, которые сопровождаются нарушением дренажной функции билиарной системы. При этом во всех случаях отмечается, что желчевыводящая система имеет широкие пределы индивидуальной изменчивости. По мнению ряда авторов, эти отклонения могут наследоваться как по доминантному, так и по рецессивному типу. Как показывает большинство исследований, аномалии и пороки развития билиарного тракта в ряде случаев сопровождаются нарушениями моторики желчного пузыря и являются фактором риска развития функциональной и органической патологии этого органа.

За передней стенкой живота находится большая полость — брюшная полость. Живот полость покрыта двухслойной тонкой оболочкой — брюшиной. Его воспаление называется

перитонитом и представляет собой опасное для жизни состояние. Органы отличаются от брюшины покрыты каким-то образом: некоторые окружены им, некоторые даже не затронуты, но им в установленных пределах. Традиционно полость находится непосредственно в брюшной полости и разделена на забрюшинное пространство. Что делает УЗИ? Исследования для определения причины заболевания в следующих случаях помогает: боль или дискомфорт в брюшной полости, жжение во рту, жирность несварение желудка, повышенное газообразование, желтуха, высокое кровяное давление, поясница боли, похудение без диеты, лечение патологий пищеварительной системы. В качестве контроля эффективности, а также регулярного осмотра, это в том числе имеющиеся аномалии развития органов, желчнокаменная болезнь. УЗИ патологию определяют с помощью.

Внепеченочные желчные протоки, печень, желчный пузырь являются наиболее частыми хирургическими вмешательствами, одно из мест. Сообщается, что частота анатомических изменений достигает 47%. Эти изменения включают: дополнительные печеночные протоки; сжечь печень напрямую. Аномальные протоки, соединяющиеся с мочевым пузырем (дополнительные кистозно-печеночные протоки) или Лушка каналы; низкое прикрепление пузырного протока, пузырный проток в правый или левый печеночный проток введение; присоединение общего протока печени слева или справа; короткий, длинный и двойной. Целью данного исследования являются наиболее распространенные аномальные анатомические изменения и при поражении их желчевыводящих путей и образовании камней определить связь, сообщить хирургам о типичных аномалиях, которые не допускает повреждения желчных протоков во время операции. Насколько нам известно. По этому впервые обсуждают анатомические изменения в нашем регионе. это исследование.

Медицинские записи и изображения пациентов были получены с одобрения местного комитета по этике, затем просмотрен и оценен. Был разработан информационный листок из пяти частей.

В первом разделе указаны возраст, пол пациента и даты, когда были сделаны изображения.

Второй длина правого, левого, левого желчного протока, CAD, CD, общих желчных протоков и протоков поджелудочной железы в разрезе была оценена. Также учитывалась оценка кистозно-печеночного угла и угла бифуркации печени. В третьем разделе описаны анатомические изменения и аномалии, в том числе определялось наличие аномальных придатков и вспомогательных каналов. Четвертый

В анамнезе у пациента были камни в желчном пузыре, холецистэктомия и повреждение желчевыводящих путей. Количественные данные были представлены как среднее значение, стандартное отклонение и диапазон. Хи-квадрат тест проводился для сравнения качественных данных: анатомия (нормальная/ аномальные) с поражением желчевыводящих путей и анатомии с образованием желчных камней. Независимый t-критерий использовался для сравнения длины тела у девочек и мальчиков. Тест проведено для корреляции продолжительности с возрастом. Мы при значении  $p < 0,05$  и. Мы достигли статистической значимости при доверительном интервале 95%. ный пузырь). Аномалии формы желчного пузыря чаще представлены его перетяжками или перегибами, что ведет к его деформации. Перегибы и перетяжки желчного пузыря выявляются, как правило, при рентгенологическом исследовании. Они бывают одиночными и множественными, и порой придают желчному пузырю причудливую форму, которую сравнивают с формой «фригийского колпака», листа клена, «почтового рожка» и т.д..

При его перегибах продольность оси расположения нарушается, пузырь сворачивается в виде улитки, наблюдается фиксация его спайками к двенадцатиперстной кишке или поперечному отделу ободочной кишки. При перетяжках возникают сужения желчного пузыря по всей окружности или ее части. Чаще всего перетяжки и перегибы носят врожденный характер. В

большинстве случаев это связано с диспропорцией роста желчного пузыря и его печеночного ложа. Деформации желчного пузыря играют важную роль в нарушении пассажа желчи.

Возникающие при этом застойные явления со временем приводят к развитию дистрофических изменений в стенке пузыря, его сократительной функции. Различные варианты деформаций желчного пузыря препятствуют нормальной функции органа и нарушают моторику преимущественно по гипотоническому типу. Одним из наиболее важных факторов, влияющих на функцию желчного пузыря как полого органа, является строение выводного отдела. Врожденная или приобретенная патология в шеечно-протоковой зоне рано и значительно отражается на функциональной способности желчного пузыря.

Врожденные аномалии формы желчного пузыря могут быть связаны с наличием дивертикула, который представляет собой мешковидное выпячивание стенки пузыря на ограниченном участке. Причиной выпячиваний (дивертикулов) является локальное отсутствие эластического каркаса стенки. Диагностика дивертикулов на сегодняшний день возможна лишь на основании эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), когда полость дивертикула заполняется контрастным веществом. При ультразвуковом исследовании дивертикул трудно дифференцировать от перегиба в области дна, а при наложении тени дивертикула на изображение желчного пузыря полностью ошибочно интерпретируется как конкремент. При аномалиях печени, диафрагмы и желчных путей желчный пузырь может иметь самое необычное положение: над печенью, спереди или сзади от нее. При отсутствии тени желчного пузыря на холеграммах эти аномалии могут быть распознаны по компьютерным томограммам.

Более достоверную картину анатомо-топографических взаимоотношений желчевыводящих путей и их аномалий обеспечивает использование рентгенологических методов (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, компьютерная томография).

Объективные данные об особенностях строения гепатобилиарной системы позволяют получить магнитно – резонансная томография (МРТ), бесконтрастная магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ), динамическое контрастное усиление. Анализ данных зарубежной и отечественной литературы по вопросам врожденных и приобретенных аномалий желчевыводящей системы свидетельствует об относительно высокой частоте встречаемости вариантов строения внепеченочных желчных путей и желчного пузыря.

Внепеченочный проток также был обнаружен у четырех пациентов (3,33%). Анатомия печени Это имеет большое значение для хирурга, поскольку анатомические изменения печени широко распространены одно из мест, а также одно из самых распространенных мест проведения хирургических вмешательств. Частота аномальной анатомии желчных путей варьируется; сообщили, что она достигнет 47% приведено. Анатомические изменения желчевыводящих путей у 19% больных, принявших участие в исследовании было определено. В другом исследовании сообщалось о частоте 15,2%, в то время как (8,8%) и (7,3%). В этом исследовании мы обнаружили аномальную анатомию в 30% случаев, что отличается выше, чем учеба. 120, прошедших УЗИ и/или МРТ камни были положительными у 86 пациентов (71,7%). 68 больных (56,7%) холецистэктомия сделанный Поражение желчевыводящих путей отмечено у 18 больных (15%). В аномальной анатомии повреждение желчевыводящих путей было выше ( $P = 0,04$ ), но аномальная анатомия и камни связи между пластами не было ( $P = 0,07$ ). печеночные каналы наблюдались лишь в 3,33% случаев.

Таким образом, приведенный обзор литературных данных описывает наиболее частые аномалии и пороки развития желчевыводящей системы, которые характеризуются и классифицируются на основании результатов современных методов инструментальных исследований без их сопоставления с результатами морфологических и морфометрических

исследований. Вышесказанное обуславливает основную цель анатомо-топографических, гистологических и морфометрических исследований внепеченочных желчных протоков.

### Литература

1. Баиров, Г.А. Хирургия печени и желчных протоков у детей / Г.А. Баиров, А.Г. Пугачев, А.П. Шапкина // Л.: Медицина, 1970. – 278 С.
2. Богомаз, Л.В. Диагностический алгоритм заболеваний билиарного тракта у детей / Л.В. Богомаз, П.Л. Щербаков, О.Н. Царькова // Гастроэнтерология. – 2010. – № 1. – С. 8–14.
3. Вахрушев, Я.М. Функциональное состояние печени и желчевыводящих путей у больных с деформацией желчного пузыря / Я.М. Вахрушев, Л.И. Петрова, Н.М. Петров // Гепатология. – 2003. – № 3. – С. 4–6
4. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Митьков В.В. 2019г Москва

